

## **FORMULARIO PARA “ACEPTAR” O “RECHAZAR” LA PRUEBA DE SANGRE PARA LOS MANIPULADORES DE PESTICIDAS DEL ESTADO DE WASHINGTON**

Este formulario puede tener palabras que tal vez Ud. no entienda. Usted puede llevarse una copia para revisarla o mostrarla a otras personas. Por favor haga preguntas sobre cualquier palabra o asunto que no le quede claro.

Usted se encuentra aquí porque manipula pesticidas que en su etiqueta tienen las palabras “Danger” (Peligro) o “Warning” (Precaución). Debido a una nueva ley de seguridad del Estado de Washington, usted tiene que tomar una decisión; tiene que decidir en hacerse o no, las pruebas de sangre para pesticidas. Usted tiene que firmar este formulario para indicar su decisión. Solamente Ud. puede tomar esta decisión.

### **LO QUE SUCEDE Y PORQUÉ SUCEDE**

Para hacerse estos exámenes de la sangre, Ud. tiene que hacerse una prueba inicial para definir el “nivel basal” y quizá tenga que hacerse una o más pruebas de “seguimiento”. Esto significa que la primera prueba (nivel basal), es tomada cuando Ud. no ha manipulado pesticidas por un tiempo. Después de haber manipulado pesticidas por lo menos 30 días, Ud. podría hacerse otra prueba (prueba de seguimiento). La frecuencia de las pruebas depende de la cantidad de pesticidas que Ud. manipula.

- El propósito de estas pruebas es ayudar a prevenir enfermedades provocadas por pesticidas peligrosos.
- La ley exige que su empleador asegure que Ud. tenga la oportunidad de hacerse las pruebas de sangre cuando sean requeridas, pero solamente si Ud. elige hacérselas.
- Las pruebas de la sangre son gratis.
- Su empleador y el Estado de Washington pagarán todos los costos.

Cada vez que Ud. se haga la prueba, un técnico de laboratorio le sacará aproximadamente 2 cucharadas de sangre de una vena en su brazo. La sangre será puesta en dos pequeños tubos de ensayo. El técnico usará una aguja estéril para sacar la sangre. Este proceso toma aproximadamente 5 minutos. Luego, Ud. tiene que usar un curita en el brazo por algunas horas.

### **RESULTADOS DE PRUEBAS**

Las pruebas podrían demostrar que Ud. tiene un nivel alto de pesticidas en su cuerpo. De ser así, tal vez Ud. tenga que parar todo contacto con pesticidas por hasta 3 meses mientras se recupera. O, las pruebas podrían indicar que se encuentra bien y puede continuar su trabajo.

Su doctor enviará la prueba de sangre y recibirá los resultados de cada prueba del Departamento de Salud (Department of Health). Luego, el doctor se dará cuenta si Ud. tiene un nivel alto de pesticidas en su cuerpo. Después, el doctor o su técnico le dirán a su empleador y a Ud., el significado de los resultados y qué es lo que deben de hacer. El Departamento de Salud, podría compartir información sobre los resultados de la prueba con el Departamento de Labor e Industrias. Usted debe hacerle preguntas a los expertos médicos, si quiere más información sobre este tema.

### **OTRO TIPO DE TRATAMIENTOS**

Usted tendrá que decidir en hacerse o no la prueba de la sangre. No existe otra opción.

### **RIESGOS**

El único riesgo que su cuerpo enfrenta es el piquete de una aguja. Usted podría sentir dolor o tal vez le quede un moretón. Usted podría sentirse un poco mareado. De vez en cuando, algunas personas se

desmayan. Es muy raro que alguien sufra una infección. Así como en cualquier prueba de laboratorio, podría existir un error en la forma en que se administra la prueba. Estos riesgos son pequeños.

Algunas personas tienen miedo de la sangre. A otros les dan miedo las agujas. Si Ud. es uno de ellos, tal vez se sienta incomodidad en hacerse la prueba. Hacerse la prueba de sangre es su decisión.

Tal vez Ud. esté preocupado pensando que su empleador lo despidiera a causa de estas pruebas. Tal vez Ud. se preocupa en perder sus beneficios o el recorte en su salario. Tal vez tenga otro tipo de preocupaciones. Por ejemplo, tal vez se preocupa que su empleador descubra los resultados de estas pruebas. O tal vez se preocupa en enfermarse por un pesticida peligroso si Ud. no se hace la prueba. Siéntase con la libertad de hablar con la persona encargada del cuidado de la salud sobre cualquier duda que tenga.

### **BENEFICIOS**

Estas pruebas podrían evitar enfermedades causadas por pesticidas. Ellas le mostrarán si tiene un nivel alto de pesticidas en su cuerpo. Ellas le pueden ayudar a Ud. y a su empleador en hacer mejor uso del equipo de seguridad. ¿Sabe Ud. si funciona bien su respirador u otro equipo de protección personal?, la prueba le ayudará en saber si lo están protegiendo. La ley indica que no lo pueden despedir por causa de las pruebas de sangre. También la ley indica, que su empleador no le puede reducir su pago o beneficios cuando éstas pruebas demuestren que Ud. necesita ser removido temporalmente de su trabajo con estos pesticidas. El empleador tiene que continuar su pago y beneficios usuales (por un máximo de 3 meses) hasta que Ud. pueda trabajar de nuevo con estos pesticidas.

### **PREGUNTAS**

Si tuviera cualquier otra pregunta, Ud. puede llamar al Departamento de Labor e Industrias al 1-800-423-7233. Hay información disponible en español.

### **FORMULARIO PARA “ACEPTAR” (DAR CONSENTIMIENTO) A LA PRUEBA DE SANGRE**

He leído este formulario (o me lo han leído). He hablado sobre las pruebas de sangre, con el personal médico que mi empleador me mandó a ver. **SÍ, YO ACEPTO HACERME LAS PRUEBAS DE SANGRE.** He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Para cualquier otra pregunta adicional, yo puedo llamar al **1-800-423-7233**.

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado (Use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (Use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**---Complete lo siguiente solamente si el formulario ha sido leído al participante, o si se uso una grabación ---**

Yo confirmo que la información en este formulario de consentimiento y cualquier otra información por escrito fue explicada exactamente y aparentemente comprendida por el participante. El participante dio su consentimiento para participar en el programa de la prueba de sangre.

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (Use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

Copia a:      Profesional con licencia para ejercer asistencia médica (Licensed Health Care Provider)  
                 Participante

**FORMULARIO PARA “RECHAZAR” (REHUSAR) LAS PRUEBAS DE SANGRE**  
**(Formulario para rechazar el monitoreo de colinesterasa a través de pruebas de sangre)**

Para el uso con la ley WAC 296-307-148, Monitoreo de la colinesterasa

Empleador: \_\_\_\_\_

Yo trabajo con pesticidas peligrosos que en su etiqueta tienen las palabras “Danger” (Peligro) o “Warning” (Precaución). Sus nombres químicos son pesticidas “organofosforados” o “carbamatos”. Yo puedo hacerme pruebas de sangre para saber si tengo un nivel alto de pesticidas en mi cuerpo. No tengo que pagar por el costo de estas pruebas. Mi empleador y el Estado de Washington las pagarán.

Para poder hacerme la prueba, tengo que hacerme más de un examen. Tengo que hacerme una prueba inicial para establecer “el nivel basal” y otra prueba de “seguimiento”. La frecuencia de las pruebas, depende de la cantidad de pesticidas que manipulo. La prueba podría mostrar que tengo un nivel alto de pesticidas en mi cuerpo. De ser así, tal vez no me puedan autorizar la manipulación de pesticidas por un corto período de tiempo, mientras me recupero. Durante este tiempo, mi empleador tiene que continuar mi pago y beneficios usuales. Él lo tiene que hacer por hasta 3 meses. Esto es lo que dice la ley.

He hablado de las pruebas de sangre, con el personal médico que mi empleador me mandó a ver. He discutido los riesgos y beneficios de estas pruebas. He decidido **NO** hacerme las pruebas de sangre por el momento. Si llegara a cambiar de opinión y quisiera hacerme las pruebas en otra ocasión, no habría ningún inconveniente. Si elijo no hacerme la prueba, todavía podría hacérmela más adelante sin ningún costo alguno.

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado (Use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (Use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**---Complete lo siguiente solamente si el formulario ha sido leído al participante, o si se uso una**

**grabación ---**

Yo confirmo que la información en este formulario de consentimiento y cualquier otra información por escrito fue explicada exactamente y aparentemente comprendida por el participante. El participante no consintió en participar en el programa de la prueba de sangre.

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (Use letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Fecha: \_\_\_\_\_

Copia a:      Profesional con licencia para ejercer asistencia médica (Licensed Health Care Provider)  
                 Participante